

Appendix 5a-SPAN ▪ Request for State Hearing (Form) Formulario de Solicitud de Audiencia Estatal

Nombre		Teléfono
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Solicito una Audiencia Estatal debido a una acción del Programa de Diversos Servicios para Personas de Edad Avanzada (<i>Multipurpose Senior Services Program - MSSP</i>), relacionada con lo siguiente:		
<input type="checkbox"/> Discontinuación	<input type="checkbox"/> Rechazo	<input type="checkbox"/> Reducción
La razón de mi solicitud es la siguiente:		
SOLICITUDES PARA ARREGLOS ESPECIALES (Complete esta sección sólo si se aplica a Ud.)		
Solicito que la audiencia se conduzca de la siguiente manera:		
<input type="checkbox"/>	Por teléfono porque:	
	<input type="checkbox"/> Estoy limitado a estancia en mi hogar.	
	<input type="checkbox"/> Vivo a más de _____ horas del MSSP o de la oficina de Servicios Sociales del condado.	
<input type="checkbox"/>	En mi hogar porque:	
<input type="checkbox"/>	Hablo un idioma que no es inglés y necesitaré un intérprete en mi Audiencia. (El estado le suministrará el intérprete sin ningún costo).	
	Idioma:	Dialecto:
La información suministrada en este formulario es necesaria para procesar su solicitud de Audiencia. Este proceso puede verse demorado si su solicitud está incompleta. Un expediente administrativo será abierto por el Jefe Mediador (<i>Chief Referee</i>). Ud. tiene derecho a examinar los documentos que componen ese expediente, y puede hacerlo contactando a la Unidad de Preguntas Y Respuestas Públicas. Cualquier información que Ud. suministre podrá ser compartida con el MSSP y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.		